

PEDIDO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE

DADOS PESSOAIS

Nome do Sócio _____

Nome do Beneficiário _____

(sujeito ao ato médico)

- | | | | | | |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------|--------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Cirurgia (Despesas Hospitalares) | <input type="checkbox"/> | internamento | <input type="checkbox"/> | ambatório |
| <input type="checkbox"/> | Cirurgia (Honorários Médicos) | <input type="checkbox"/> | internamento | <input type="checkbox"/> | ambatório |
| <input type="checkbox"/> | Meios Auxiliares de Diagnóstico / Tratamentos (em Ambulatório) | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Medicina (Internamento, excepto Cirurgia) | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Parto / Cesarianas (Despesas Hospitalares) | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Parto / Cesariana (Honorários) | | | | |

Para apresentação na entidade _____

(Hospital / Clínica)

Para o efeito, junto envio Declaração justificativa do Médico, onde consta a identificação dos Atos Médicos a realizar e exames que manifestem a necessidade do(s) mesmo(s) (folha 2 do formulário).

No caso do pedido incluir honorários médicos, a equipa médica deverá ser devidamente discriminada, assim como deve ser referido o valor unitário de K praticado no ato.

Data Início _____ / _____ / _____

(Do Ato Médico)

Data fim _____ / _____ / _____

(Do Ato Médico)

Telefone p/ contacto: _____ E-mail: _____

(Sócio)

(Sócio)

O pedido do Termo de Responsabilidade poderá ser enviado através dos seguintes contactos:

E-mail: t.responsabilidade@snqtb.pt; fax: 213 581 819

DECLARAÇÃO

A emissão de Termo de Responsabilidade responsabiliza o SAMS QUADROS pelo pagamento da despesa ao(s) prestador(es) do(s) serviço(s):

a) Mas não pode ser entendida como indicação de que esse(s) ato(s) médico(s) podem ou devem ser participado(s), pelo que, apurada tal circunstância, o seu custo final será integralmente debitado ao sócio.

b) O SAMS QUADROS reserva-se o direito de não emitir Termos de Responsabilidade, que não estejam devidamente fundamentados,

Tomei conhecimento,

Data _____ / _____ / _____

Assinatura

(do sócio igual ao Cartão de Cidadão)

Nome do Beneficiário: _____

Nº _____

Data de Nascimento ____ / ____ / ____

RELATÓRIO MÉDICO

Preenchimento efetuado pelo médico

Nome do Médico: _____

O Quadro Clínico é resultante de acidente

Não Sim

Diagnóstico Clínico: _____

(poderá anexar detalhe em caso de necessidade)

Convenção/Acordo: Não Sim

Valor Unitário de K': _____ €

O Médico

Data: ____ / ____ / ____

Vinheta /nº cédula _____

Entidade de Saúde: _____

Regime: Ambulatório Internamento

Tipo de Intervenção ou Tratamento: _____

Atos Médicos a realizar em _____ Nº Total de K's _____

Código da Tabela da Ordem dos Médicos (COM/97) ou Código de Ato Convencionado/Preços Fechados:

Cirurgião 1º Ajudante 2º Ajudante Instrumentista Anestesista Outros

Situações Especiais:

COM 15.03..... – Obriga ao envio de imagens (fotografia da lesão)

COM 30.00.00.06/07/08 – Obriga à posterior apresentação de exame histológico.

COM 34.00.00.23 e 34.00.00.27 – Carecem de Aprovação prévia e apresentação Exames Complementares de Diagnóstico.

COM 35.03 Cirurgia Vasculard – Obriga o último relatório do Eco-Doppler.

COM 39.03.00.12 – Palatoplastia – Obriga relatório da Polissonografia.

COM 42.04 Corpo do Útero – Carecem de Aprovação prévia, exige-se o relatório da última Ecografia.

COM 46.02...../46.05...../46.06..... – Cirurgias Oftalmológicas c/introdução de LIO obriga à identificação da lente a aplicar.

Os Pedidos para a emissão de Termo de Responsabilidade têm de ser acompanhados dos Meios Complementares de Diagnóstico (MCDT's), que justifiquem o ato proposto e solicitados com o prazo mínimo de 7 dias úteis.

O SNQTB está continuamente empenhado na prestação de serviços de qualidade aos seus associados e respectivos agregados familiares, mormente no âmbito do SAMS QUADROS.

Os Termos de Responsabilidade devem ser solicitados com a antecedência mínima de 7 dias úteis, relativamente à data do ato médico, tendo em conta a necessidade de prévia e detalhada análise pelos serviços.

Recorde-se que o Pedido de Termo de Responsabilidade, deve ser apresentado pelo sócio ou pela entidade com o Formulário do **Pedido de Termo de Responsabilidade a Declaração Médica** devidamente preenchida, conforme previsto no Artº 23 do Regulamento do SAMS QUADROS, assim como a **Estimativa de Custos** detalhada associada ao ato médico a realizar.

Fazemos notar que o SAMS/QUADROS reserva-se o direito de solicitar os resultados dos meios auxiliares de diagnóstico, sempre que assim seja entendido.

O SAMS QUADROS, reserva-se ao direito de não emitir Termos de Responsabilidade sempre que a solicitação do ato não esteja devidamente justificada ou o mesmo se insira no âmbito da estética. Nestes casos, a responsabilidade é inteiramente do sócio, conforme previsto no nº 6 do Artº 23º do Regulamento do SAMS QUADROS.

Em caso de urgência/emergência, a informação pertinente será prestada pela entidade de saúde no prazo de 48 horas após a realização do ato médico ou internamento, para a devida avaliação pelo Conselho Diretivo do SAMS QUADROS, não isentando o sócio do envio do Pedido de Termo de Responsabilidade.

Finalmente, sublinha-se que as despesas efetuadas serão liquidadas direta e integralmente pelo beneficiário, salvo se este for portador de Termo de Responsabilidade emitido pelo SAMS QUADROS, de acordo com o Artº 41º do Regulamento do SAMS QUADROS.

O CONSELHO DIRETIVO